FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1929-1930

THÈSE

N° 38

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 9 Juillet 1930, à 17 heures 30

PAR

DRIEUX (Aimé-Auguste-Henri)

Né le 12 Octobre 1906, à Bernay (Eure)

Contribution à l'étude de la maladie

des

Vomissements habituels du Nourrisson

Ses rapports avec la spasmophilie
Son traitement par les rayons ultra-violets et les médications irradiées

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la Thèse : M. MINET.

Suffragants : MM. BERTIN. LEGRAND. SWYNGHEDAUW.

SOCIÉTÉ D'ÉDITION DU NORD
Anciens Établissements O. Marquant
LILLE — 28, Rue Alphonse-Mercier, 28 — LILLE

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1929-1930

THÈSE

N° 38

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 9 Juillet 1930, à 17 heures 30

PAR

DRIEUX (Aimé-Auguste-Henri)

Né le 12 Octobre 1906, à Bernay (Eure)

Contribution à l'étude de la maladie

des

Vomissements habituels du Nourrisson

Ses rapports avec la spasmophilie
Son traitement par les rayons ultra-violets et les médications irradiées

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical

Président de la Thèse : M. MINET.

Suffragants : MM. BERTIN. LEGRAND. SWYNGHEDAUW.

SOCIÉTÉ D'ÉDITION DU NORD
Anciens Établissements O. Marquant
LILLE — 28, Rue Alphonse-Mercier, 28 — LILLE

1930

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. Dubois (I. ✠). — Assesseur : M. E. Gérard (✲, I. ✠).

Clinique médicale :	MM.	Carrière (O.✲, I.✠),	Professeur
		Combemale (O.✲, I.✠, M.)	id.
Clinique chirurgicale :		Gaudier (O.✲, ⚜, I. ✠),	id.
		Lambret (C. ✲, I. ✠),	id.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques :		Charmeil (✲, I. ✠),	id.
Clinique obstétricale :		Bué (✲, I. ✠),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif :		Surmont (✲, I. ✠, ✠).	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires :		Potel (✲, ⚜, I. ✠),	id.
Anatomie pathologique et Pathologie générale :		Ingelrans (I. ✠),	id.
Physiologie :		Dubois (I. ✠),	id.
Anatomie :		Cordier (A. ✠),	id.
Histologie :		Debeyre (O.✲, ◎, I. ✠ ✠).	id.
Chimie minérale et Toxicologie :		Vallée (✲, I. ✠),	id.
Chimie organique :		Polonovski (A. ✠, ⚚),	id.
Matière médicale et Botanique :		Fockeu (✲, I. ✠, ❁, ✠),	id
Pharmacie et Pharmacologie :		Gérard (Ernest), (✲, I. ✠),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique :		Desoil (✲, I. ✠),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance :		Paucot (A. ✠),	id.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie :		Le Fort (C.✲, ⚜, I. ✠, O.✠)	id.
Clinique psychiâtrique :		Raviart (✲, I. ✠),	id.
Clinique médicale infantile :		Minet (I. ✠),	id.
Thérapeutique :		Doumer Ed. (⚚, A. ✠),	id.
Médecine opératoire :		Vanverts (✲, I. ✠),	id.
Hygiène et Bactériologie :		Pierret (I. ✠),	id.
Médecine légale :		Leclercq (✲, ⚜, I. ✠),	id.
Hydrologie et Crénothérapie :		Duhot (I. ✠)	id.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Professeurs titulaires non pourvus de chaire

MM. Morvillez (A. ✠) ; P. Combemale

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ophtalmologique :	MM.	Toulant	Professeur
Clinique oto-rhino-laryngologique :		M. Debeyre (O.✲, ⚚, I. ✠),	id.
Chimie analytique :		Polonovski (⚜, A. ✠),	id.
Physique pharmaceutique :		Sonneville (A. ✠),	id.
Parasitologie :		Lavier (⚜),	id.
Déontologie		Bertin (✲ I. ✠),	id.
Physique médicale :		Fabre (✲, I. ✠),	id.

Doyens honoraires : MM. de Lapersonne (O.✲, I.✠), Combemale (O.✲ I. ✠, M), Charmeil (✲, I. ✠).

Professeurs honoraires : MM. Moniez (O.✲, I.✠), Calmette (C.✠), Lescœur (I. ✠), Baudry (✲, I. ✠, ✠), Verdun ✠ I.), Debierre (✲, I. ✠), Doumer (✲, I. ✠), Curtis (✲, I. ✠), Lemoine (✲, I. ✠), Bédart (O. ✲, I. ✠, ✠).

Agrégés en exercice :

MM. Gérard, M. (⚜, ✲, I. ✠), Combemale P. Ed. Doumer (⚚, A. ✠), P. Delannoy (A. ✠). Paquet (⚜, I. ✠), Bertin ✲, Legrand (⚜, ✠ A. ✠), Swynghedauw (⚜, A. ✠), Lavier (⚜), Auguste, Gernez. Nayrac.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

A MA FEMME

LE DOCTEUR L. DRIEUX-SIS

A MA FILLE MARIE-AIMÉE

A MES PARENTS

Hommage de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE

LE DOCTEUR-VÉTÉRINAIRE HENRI DRIEUX

Lauréat de l'École d'Alfort

Inspecteur sanitaire du département de la Seine

A MA BELLE-MÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. MINET

Professeur de Clinique médicale à la Faculté

qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de notre thèse. Qu'il veuille bien accepter nos respectueux remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BERTIN

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGRAND

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SWYNGHEDAUW

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. POREZ

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Qui nous a suggéré l'idée de ce travail et ne nous a pas ménagé ses conseils éclairés pour le mener à bien. Qu'il trouve ici nos très vifs remerciements.

INTRODUCTION

Le vomissement est un symptôme extrêmement fréquent chez l'enfant, plus que chez l'adulte. Son interprétation est quelquefois facile, souvent délicate. De la simple régurgitation de l'enfant glouton jusqu'aux vomissements incessants, incoercibles de la sténose congénitale du pylore, par exemple, il en existe de nombreuses variétés, de causes très diverses. Ces causes, il importe de les connaître et de savoir les rechercher pour instituer un traitement dont l'urgence se fait souvent sentir.

Le Professeur Marfan a isolé et décrit une variété de vomissements qu'il a appelé « Maladie des vomissements habituels du nourrisson ». Bien caractérisée cliniquement et radiologiquement, cette affection, de description relativement récente, a déjà donné lieu à plusieurs hypothèses étiologiques et, partant, à des thérapeutiques diverses. Les plus importantes sont la théorie hérédo-syphilitique défendue par le Professeur Marfan lui-même et ses élèves — et la théorie anaphylactique avancée par le Professeur Weill, de Lyon.

Plus récemment, quelques auteurs ont soutenu l'idée que la diathèse spasmophile joue souvent un rôle de premier plan dans l'étiologie de la maladie.

Nous apportons dans ce travail quelques observations qui tendent à confirmer cette opinion. Les résultats remarquables obtenus dans ces différents cas par la thérapeutique antispasmophile — rayons ultra-violets et, à leur défaut, médications irradiées — autorisent à penser que la maladie de Marfan reconnaît souvent pour cause la spasmophilie. Une conséquence thérapeutique importante en découle, c'est qu'il ne faut jamais, chez un enfant vomisseur, oublier de rechercher les signes de spasmophilie. Si ces signes existent, fussent-ils des plus légers, il faut tenter immédiatement le traitement antispasmophile.

La maladie des vomissements habituels

C'est en 1919 que le Professeur Marfan a décrit, dans *Le Nourrisson*, une forme bien spéciale des vomissements du nourrisson qu'il a appelée : « Maladie des vomissements habituels ». On en retrouve l'étude clinique complétée par des données radiologiques dans l'ouvrage qu'il a consacré aux « Affections des voies digestives de la première enfance ».

Nous ne pouvons mieux faire, au début de ce travail, que de donner un bref résumé de cette description.

A. Étude clinique

La maladie des vomissements habituels se caractérise essentiellement par des vomissements qui se produisent après chaque repas ou presque, pouvant durer de quelques semaines à quelques mois.

Le vomissement, symptôme capital, s'accompagne d'autres troubles digestifs variés et d'une atteinte plus ou moins grave de l'état général.

La fréquence de l'affection est sensiblement la même chez l'enfant nourri au sein que chez celui soumis à l'allai-

tement artificiel. Les malaises apparaissent en général d'une façon précoce, souvent avant la fin du troisième mois. Chez les débiles et les cachectiques, ils peuvent se manifester plus tard — jamais après le neuvième mois.

Vomissement

Le vomissement se produit un certain temps après le repas — un quart d'heure, une demi-heure, une heure et quelquefois plus. Il peut se répéter entre deux repas — parfois sans effort, parfois, au contraire, précédé de cris et d'éructations.

L'enfant vomit un liquide opalescent dans lequel nagent des caillots plus ou moins gros, et qui peut même contenir du mucus gastrique si la maladie évolue depuis un certain temps.

Des périodes de calme coupent les accidents et peuvent faire croire à la guérison.

Troubles digestifs concomitants

L'appétit et la soif sont, en général, exagérés.

Selles

D'après les caractères des selles, Marfan distingue deux formes :

a) Forme commune.

Les selles sont, en général, normales avec, de temps à autre, des crises de diarrhée avec selles grumeleuses et verdâtres. Le ventre est normal ou un peu ballonné.

b) Forme avec phases spasmodiques.

Dans cette forme, au contraire de la précédente, il existe une constipation opiniâtre et parfois il ne se produit plus de selles spontanées. Un lavement évacuateur amène de petites boules dures, poisseuses, de caractère méconial, ce qui semblerait montrer qu'il ne passe plus de lait dans l'intestin.

L'abdomen est plat ou déprimé, l'épigastre saillant. L'intestin est petit et spasmé. Dans cette phase, le vomissement est incessant, explosif.

On peut voir apparaître des selles « marc de café » témoignant d'un suintement sanguin de la muqueuse gastrique. L'enfant est plus agité que dans la forme commune.

Il existe tous les degrés de passage entre les deux formes.

Si les phases spasmodiques ont été fréquentes, on peut observer de la dilatation gastrique avec vomissements plus tardifs et plus abondants et des mouvements péristaltiques de l'estomac visibles sous la paroi. Mais, toujours, le pylore reste perméable.

Symptômes généraux

La nutrition est gravement compromise. Le poids reste d'abord stationnaire puis diminue. L'enfant, dont l'hyperexcitabilité nerveuse va s'accentuant, évolue rapidement vers l'hypothrepsie puis vers l'athrepsie. La température ne s'écarte guère de 37°, 38°.

Marche. — Durée. — Terminaison

La maladie affecte une forme chronique d'emblée avec des améliorations brusques et inattendues surtout si l'enfant est nourri au sein.

Les facteurs les plus favorables sont : l'allaitement maternel, la vigueur du nourrisson et la rareté des phases spasmodiques. Dans ces cas, un traitement énergique peut faire rapidement céder le processus morbide.

Si, au contraire, l'enfant est un débile et se défend mal, s'il est soumis à l'allaitement artificiel, si les phases spasmodiques ont été dès le début longues et fréquentes, la mort survient dans l'athrepsie ou du fait d'une complication : diarrhée cholériforme, broncho-pneumonie, pyodermites, septicémie.

Voilà, rapidement esquissée, la description clinique de la maladie des vomissements habituels.

L'anatomie pathologique et les examens de laboratoire ne nous retiendront pas.

L'analyse du contenu gastrique ne montre en général rien d'anormal. Les seules anomalies légères qu'on rencontre parfois sont une augmentation de l'acidité totale due aux acides de fermentation et la présence de mucus. Au point de vue anatomo-pathologique, le Professeur Marfan n'a pas trouvé de renseignements utiles dans ses autopsies ni dans ses examens microscopiques si ce n'est de l'irritation épithéliale et l'absence constante de rétrécissement du pylore.

B. **Radioscopie**

La radioscopie a permis de recueillir quelques faits importants pour l'étude de la maladie des vomissements habituels de même qu'elle est toujours très utile à son diagnostic.

Une constatation s'impose dès l'abord : c'est que chez un même enfant vomisseur, les images radioscopiques sont très variables même à quelques heures d'intervalle.

Un premier fait d'importance est que toujours le pylore est perméable. Il peut se produire une occlusion pylorique plus ou moins longue — deux heures dans un cas de Marfan — mais toujours la bouillie finit par franchir l'obstacle. D'autre part, le spasme du pylore dont certains auteurs avaient fait la cause du vomissement, est inconstant. Quand il existe, ce n'est qu'un des éléments du spasme total de l'estomac. Ce qu'on voit en effet à la radioscopie, c'est, plus ou moins longtemps après l'ingestion de la bouillie, une contraction de tout l'estomac qui le vide d'une partie de son contenu, en général dans les deux sens.

Quand la maladie évolue depuis longtemps et surtout dans la forme spasmodique, l'examen à l'écran peut montrer un certain degré de dilatation gastrique.

C. **Diagnostic différentiel**

Le diagnostic différentiel de la maladie des vomissements habituels est à faire avec tous les vomissements que peuvent présenter les nourrissons — et ils sont nombreux. Il est facile d'éliminer la simple régurgitation habituelle qui est moins

abondante, se produit aussitôt après le repas et amène le rejet de lait non caillé. Elle est due en général à une alimentation mal réglée.

Le vomissement est fréquent dans les maladies infectieuses, dans les états fébriles. Les symptômes essentiels de ces divers états permettent le diagnostic de la maladie principale et laissent le vomissement à sa place secondaire.

Dès qu'un enfant vomit, il faut penser à la méningite. Les autres signes de l'affection la font dépister et, dans les cas difficiles, la ponction lombaire lève les doutes.

Les vomissements d'origine toxique sont diagnostiqués par l'anamnèse.

L'indigestion aiguë donne des vomissements qui cèdent à une diète hydrique de 24 heures et ne reparaissent plus si on a soin de bien régler l'alimentation.

L'étranglement herniaire, la péritonite, l'appendicite, s'ils englobent le vomissement dans leur symptomatologie, ont d'autre part des signes assez nets pour ne pas permettre le doute.

Ne citons que pour mémoire l'oblitération congénitale de l'intestin et l'imperforation anale.

Le diagnostic le plus important est celui de la sténose congénitale du pylore. Il importe, pour l'application du traitement, de faire un diagnostic précoce, et c'est là que git la difficulté. Quand on se trouve, au bout de quelques mois, en présence du tableau complet de la sténose congénitale, le diagnostic peut être assez aisé. Au début de l'affection, l'interprétation des symptômes est des plus délicates.

Voici ce que dit, à ce sujet, le Professeur Marfan : « Il n'y a guère que trois ordres de symptômes qui puissent servir

au diagnostic précoce : la constipation et l'examen de l'abdomen, l'exploration radiologique, l'épreuve du traitement médical ».

1° La constipation et l'examen de l'abdomen.

Dans la sténose congénitale, la constipation est opiniâtre, presque sans rémission. Dans les vomissements habituels, elle est intermittente avec de longues et fréquentes rémissions. L'apparition de mouvements péristaltiques visibles, surtout s'ils sont précoces, est une présomption en faveur de la sténose congénitale.

2° L'examen radiologique.

Dans la sténose congénitale du pylore, on voit à l'écran des contractions péristaltiques extrêmement violentes, *inefficaces*, suivies de longues phases de fatigue. Il existe un très grand retard à l'évacuation gastrique. Dans les vomissements habituels, on assiste à une contraction totale de l'estomac qui chasse son contenu dans les deux sens.

Rappelons-nous, toutefois, qu'il peut y avoir dans les vomissements habituels, un spasme intermittent du pylore qui peut durer plus ou moins longtemps et qu'il ne faut pas s'en rapporter à un seul examen.

3° Epreuve du traitement médical.

Si les examens précédents n'ont pas été concluants, le traitement de la maladie apportera une contribution décisive au diagnostic. Si le traitement des vomissements habituels, que l'on doit instituer dès le début, reste inefficace après quinze jours, il faut penser à la sténose congénitale et présenter l'enfant au chirurgien.

Étiologie

Plusieurs opinions ont été exprimées sur l'étiologie des vomissements habituels. Quand il publia son étude clinique de la maladie en 1919, le Professeur Marfan signala déjà la fréquence de la syphilis dans les antécédents héréditaires des enfants vomisseurs. Depuis, avec quelques-uns de ses élèves, il a étudié plus particulièrement la question et nous verrons plus loin les conclusions qu'il en a tirées, conclusions confirmées par d'autres auteurs.

Voyons d'abord quelques opinions différentes. Tout récemment, dans la *Presse Médicale* de 1929, Comby émet cette idée « qu'on ne doit pas faire de maladie spéciale des vomissements qui sont trop banaux ». Pour lui, l'action efficace de l'arséno-benzol n'est pas en faveur de la syphilis car il agirait seulement comme modificateur de la nutrition. Les vomissements habituels seraient dus soit à la qualité du lait soit à l'anaphylaxie. Pour en avoir raison, il suffirait de bien régler l'alimentation, de la changer parfois (babeurre), d'employer le citrate de potassium et au besoin de faire appel au lavage de l'estomac. Il faut conseiller la vie au grand air et peut-être les U. V. A ceci on peut répondre

que le syndrome décrit par Marfan est bien individualisé, qu'il se sépare nettement de tous les autres genres de vomissements et que les traitements antisyphilitique et antispasmophilique ont donné de bons résultats là où les simples prescriptions hygiéniques avaient échoué.

Aérophagie

Lesage, Leven et Barret avaient pensé, il y a quelques années, que les vomissements étaient dus à l'aérophagie, soit parce qu'il existait un spasme du cardia s'opposant à la sortie de l'air dégluti, soit du fait d'une alimentation insuffisante.

A cela Marfan a répondu par l'étude radiologique de la maladie. Il est très rare, dit-il, que chez l'enfant vomisseur on trouve l'image radioscopique de l'aérophagie. Il faut d'ailleurs tenir compte de la variabilité de l'image gastrique chez ces enfants.

Mais si l'aérophagie n'est pas à l'origine des vomissements habituels et si, en général, on ne trouve pas au début, à la radioscopie, l'image confirmative, il faut reconnaître qu'un certain nombre de ces nourrissons vomisseurs, par les cris incessants qu'ils poussent, peuvent déglutir de l'air et devenir, secondairement, des aérophages. Mais dans ce cas, l'aérophagie n'est qu'un symptôme concomitant de la maladie et non la cause, ainsi que le pensaient les auteurs cités plus haut.

Anaphylaxie

Le Professeur Weill, de Lyon, attribue les vomissements habituels à l'anaphylaxie. Le nourrisson vomirait parce qu'il présente un état d'intolérance pour le lait. Weill traite ces vomisseurs par des injections sous-cutanées de lait.

Un de ses élèves, Ludovic Demay, a consacré sa thèse à la méthode de Weill. Il rapporte un certain nombre d'observations d'intolérance au lait traitées avec succès par des injections sous-cutanées de lait.

Dans la plupart de ces observations, il s'agit plutôt de véritable anaphylaxie, de véritable intolérance où le vomissement ne joue pas l'unique rôle dans la symptomatologie. Demay reconnaît lui-même que les cas qu'il rapporte se rapprochent *peut-être* de la maladie de Marfan.

Haga, dans sa thèse, a recueilli quatorze observations de vomissements habituels traités par des injections de lait. Il a constaté : trois guérisons, une amélioration durable, quatre améliorations temporaires, six insuccès. Fait important à noter, jamais à la suite de ces injections Haga n'a observé de symptômes imputables à l'anaphylaxie tels que réaction locale et élévation de température.

Génévrier, en 1920, a rapporté à la Société de Pédiâtrie une observation de vomissements anaphylactiques guéris par injections de lait. Il ne s'agit pas non plus vraisemblablement de la maladie de Marfan.

Le Professeur Marfan, enfin, a essayé lui-même la méthode de Weill chez une vingtaine de nourrissons atteints de vomissements habituels, bien caractérisés. Cette méthode n'a donné absolument aucun résultat.

Il n'a jamais constaté de réaction fébrile à la suite d'injections de lait, symptôme capital qui se produit constamment après le traitement antianaphylactique — pas plus d'ailleurs que de réaction locale.

C'est un gros argument contre la théorie anaphylactique de l'affection.

Syphilis

« La syphilis congénitale est la cause la plus fréquente *sinon la seule* de la maladie des vomissements habituels du nourrisson ». Telle est l'opinion du Professeur Marfan.

Dans une communication qu'ils firent en 1921, à la Société de Pédiâtrie, Marfan et Lemaire apportent des précisions que l'on retrouve dans la thèse de M^lle^ Donzeau. Les auteurs ont examiné minutieusement cinquante-sept nourrissons atteints de vomissements habituels et voici quelles sont leurs conclusions :

Sur 57 cas :

20 fois syphilis certaine, soit.....	35	%
13 fois syphilis très probable, soit....	22,8	%
7 fois syphilis probable, soit.....	12,28	%
Soit au total.....	70,08	%

Dans 63 % des cas, le traitement antisyphilitique par le lactate de mercure a donné des résultats nets.

Pour Marfan, la syphilis est donc seule ou presque seule en cause. Il a d'ailleurs affermi cette opinion par une communication à l'Académie de Médecine en 1927.

Dorlencourt a rapporté à la Société de Pédiâtrie en 1922, deux cas de vomissements habituels guéris par le mercure.

Mammerto Acuno a réuni trois observations de vomissements habituels traités avec succès par la médication hydrargyrique et Vaglio dans la *Pediatria*, en 1923, montre l'importance de l'hérédo-syphilis dans cette affection.

Spasmophilie

Dans ces quelques dernières années, une opinion nouvelle s'est fait jour sur l'étiologie des vomissements habituels : nous voulons parler de la spasmophilie. Différents auteurs ont successivement émis l'hypothèse que la diathèse spasmophile se trouvait bien souvent à l'origine de l'affection. Cette hypothèse, basée sur une observation clinique rigoureuse, se trouva bientôt confirmée par d'heureux résultats thérapeutiques.

En 1922, Lemaire et Olivier apportent quatre observations de vomissements habituels guéris par le traitement de la tétanie. Les quatre nourrissons présentaient des signes évidents de tétanie. Les auteurs proposent même de séparer ce genre de vomissements de la maladie de Marfan, puisqu'ils n'ont pas la même étiologie bien que cliniquement semblables.

Dubranle, dans sa thèse, rapporte également quatre observations de vomissements habituels, qu'il attribue à la tétanie des muscles lisses de l'estomac.

Au Congrès international de Pédiâtrie de Saint-Sébastien, en 1923, Arguelles-Téran affirme la coexistence fréquente de

la diathèse spasmophile avec la maladie des vomissements habituels. Il base cette affirmation sur une série de résultats thérapeutiques heureux.

Puis Schreiber, Lesné, Turpin et Guillaumin, Pierre Bezy, apportent à leur tour des arguments à cette idée nouvelle.

Les observations que nous présentons plus loin ne tendent qu'à confirmer l'hypothèse étiologique émise par les auteurs précédents.

Nous pensons que l'anaphylaxie peut être éliminée. Les vomissements anaphylactiques existent mais constituent une entité morbide différente de la maladie de Marfan.

L'hérédo-syphilis, au contraire, tient une place très importante dans l'étiologie des vomissements habituels, et il faut la mettre très fréquemment en cause. Mais il existe des cas où l'étiologie spasmophilique est évidente et auxquels l'hérédo-syphilis semble absolument étrangère. Cette éventualité est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

La Spasmophilie

La spasmophilie ou diathèse spasmophile est un état particulier qui a été bien précisé ces dernières années et qui englobe comme formes cliniques le laryngospasme, l'éclampsie, la tétanie.

a) *Le laryngospasme* est la manifestation la plus fréquente et la plus grave. Il apparaît dans la première enfance, au cours des deux premières années de la vie.

Il peut se produire au cours d'une infection ou simplement à l'occasion d'un traumatisme, d'une peur, etc...

L'enfant se cyanose, perd connaissance, cesse de respirer. Il semble mort. Le spasme cesse brusquement et un cri strident retentit. Tout rentre rapidement dans l'ordre.

b) *L'éclampsie.* — Connue également sous le nom de convulsions, l'éclampsie consiste, en effet, en convulsions localisées ou généralisées, qui se reproduisent plusieurs fois.

Redoutées des parents et accusées par le public d'un grand nombre de méfaits, elles ne laissent pas de traces.

Elles apparaissent, en général, à la suite de troubles digestifs.

c) *La tétanie.* — Cette forme de spasmophilie est rare chez le nourrisson. Elle se caractérise par des contractures des extrémités qui produisent la main d'accoucheur, le pied en équinisme. Elle comprend également le masque tétanique (expression figée, préoccupée). Beaucoup moins grave que le laryngospasme ou les convulsions, la tétanie présente cependant parfois une allure assez inquiétante.

Les trois états spasmophiliques que nous venons d'esquisser rapidement sont en général brutaux, presque dramatiques, pour les deux premiers tout au moins.

Mais il est quelques manifestations frustes, assez fréquentes, qu'il faut bien connaître.

On se trouve en général en présence d'un enfant habituellement nerveux, « particulièrement difficile » disent les parents, qui dort peu, d'un sommeil agité, que le moindre bruit réveille. Son examen est rendu fatigant par des cris ininterrompus. L'enfant se raidit plus que d'autres et se laisse difficilement fléchir les membres.

On pourra identifier la spasmophilie par la recherche des symptômes qui traduisent l'hyperexcitabilité neuro-musculaire que l'on rencontre d'ailleurs dans les formes cliniques graves. Ces signes seuls permettent de fixer le diagnostic.

1° *Signe de Chvosteck.*

Il est pathognomonique. En percutant le milieu d'une ligne joignant le lobule de l'oreille à la commissure labiale on obtient une contraction des peauciers du même côté et un mouvement de succion. Ce signe, en général assez net, disparaît très tard de la symptomatologie.

M'Neil a précisé sa signification : jusqu'à deux ans et demi, c'est un signe de spasmophilie. Il indique qu'un paroxysme spasmophile (crise tétanique, vomissements, laryngospasme, convulsions) vient de se produire ou va se produire.

Après deux ans et demi, il n'aurait plus de signification précise ni grave.

2° *Signe de Weiss.*

Il se recherche en percutant le facial à l'angle externe de l'orbite. On obtient une contraction de l'orbiculaire des paupières et du frontal.

3° *Signe d'Escherich.*

La percussion de la commissure labiale donne une contraction de l'orbiculaire de lèvres (l'enfant fait la moue).

4° *Signe de Trousseau.*

La compression circulaire du bras amène une contracture des doigts et du poignet : la main se ferme à demi, le pouce étant recouvert par les autres doigts.

De ces différents signes, celui de Chvosteck est le plus important.

Comme nous l'avons dit, il est pathognomonique et devra être recherché avec soin et systématiquement.

S'il est le plus important, il est également le dernier à disparaître.

Son absence ne doit pas, bien entendu, faire conclure à la non-existence de la diathèse spasmophile, surtout si les autres signes existent.

Ce sont seulement ces formes atténuées de la spasmophilie, dont nous venons de parler, que l'on qualifie en général, mais à tort, de spasmophilie, terme qui doit en réalité englober toutes les manifestations cliniques étudiées plus haut, qu'elles soient bien caractérisées (laryngospasme, éclampsie, tétanie) ou frustes. Dans la spasmophilie entrent tous les états qui s'accompagnent de signes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

Mais il est des cas, assez rares il est vrai, où elle paraît exister en l'absence de ces signes. Il est évident qu'on ne peut que la soupçonner. Mais ces soupçons peuvent motiver une intervention thérapeutique antispasmophile et si les résultats en sont heureux, il est permis de penser qu'ils en sont la confirmation.

Dans ces cas, il serait intéressant de rechercher l'hypocalcémie. Mais celle-ci rentre dans l'étude de la pathogénie que nous allons envisager brièvement.

Pathogénie

Plusieurs hypothèses ont été émises sur la pathogénie du syndrome spasmophile. Les plus importantes sont la théorie hyperalcalosique et la théorie calciprive.

Cette dernière nous paraît être la plus intéressante et, à vrai dire, celle qui présente à son actif le plus d'expérimentations précises.

Nous citerons en particulier Woringer et Zehnter, Tysdall, Lesné, Turpin et Guillaumin qui tous ont avancé que l'hypocalcémie était à la base de la spasmophilie.

Woringer et Zehnter, en effet, après avoir montré que les rayons ultra-violets augmentent le taux du calcium sanguin ont, les premiers, appliqué l'uvéthérapie à la spasmophilie et ont obtenu des résultats remarquables.

Tysdall, Lesné, Turpin et Guillaumin appuient leur opinion sur les succès de la même thérapeutique.

Il semble donc que la diminution du calcium dans le sang joue un grand rôle dans l'étiologie de la spasmophilie, et l'hypocalcémie a pu même être considérée par certains auteurs comme constante au cours de l'affection.

De toutes façons, sa recherche dans les cas latents où les signes classiques manquent est très importante. On ne peut que regretter la difficulté d'ordre pratique de cette épreuve.

Thérapeutique

La thérapeutique de la spasmophilie est bien précisée.

Toute médication qui tendra à augmenter le taux du calcium sanguin donnera des résultats. Il est bien démontré, à l'heure actuelle (Woringer et Zehnter, Lesné, Turpin et Guillaumin, Lestocquoy) que l'uvéthérapie est le traitement dont l'action est le plus souvent constante et prolongée et qui fait disparaître le plus rapidement les troubles.

Si, pour une raison pécuniaire, par exemple, les rayons ultra-violets ne peuvent être utilisés, les médications irradiées seront alors conseillées. Rohmer, Woringer, M^lle^ Andersen ont bien montré leur efficacité. C'est également l'avis de Mouriquand, Bernheim et Puig.

Mais il faut bien savoir qu'elles ne constituent qu'un

succédané précieux des rayons ultra-violets et qu'elles ne sont à préconiser que lorsque ceux-ci sont inapplicables.

Les autres médications : huile phosphorée, lactate de strontium, chlorure de calcium sont beaucoup moins opérantes. Leur action est lente et momentanée. Nous ferons une mention spéciale pour la plus active d'entre elles : le chlorure de calcium.

OBSERVATIONS

Les observations qui suivent ont été recueillies par le Docteur Porez, que nous ne saurions trop remercier de son obligeance.

Les deux premières ont été publiées à la Société de Médecine du Nord, en mai 1929 et ont paru dans *L'Echo Médical du Nord* du 27 juillet 1929 ; les autres sont inédites.

Première observation

L... Jeanne, 7 mois.

Le père est en bonne santé, la mère névropathe. Pas de pertes.

L'enfant est venu à terme et pesait 3 kilos 200. Elle a été nourrie au sein pendant un mois avec des tétées régulières.

L'alimentation au sein fut supprimée pour vomissements depuis la naissance, bien que la courbe de poids ait été régulièrement ascendante. Mise au lait Glaxo, l'enfant a continué de vomir. Avec le lait Nestlé, on obtint une amélioration passagère puis une recrudescence de vomissements avec

diarrhée. L'enfant maigrit beaucoup. Les bouillies légères sont administrées. Comme médication : de l'eau de chaux et une potion antiémétique à base de bromure et de teinture de belladone.

Les vomissements apparaissent plus tard, puis une constipation tenace s'établit. Les selles sont fétides.

Mise au babeurre, la constipation s'atténue, les vomissements diminuent, puis réapparaissent. L'enfant ne prétend plus s'alimenter. Mise au lait de vache.

Les vomissements apparaissent à tout instant, la constipation est opiniâtre.

Examinée le 9 octobre 1928. A ce moment, les vomissements sont tardifs, se produisent une heure et demie à deux heures après les repas et contiennent un liquide bilieux jaunâtre, du mucus et du lait caillé.

L'enfant apparaît hypothrepsique avec chairs molles. Poids : 4 kilos 300.

Anémie des téguments et des muqueuses. Agitation, cris incessants. Par moment l'enfant se raidit et présente de l'hypertonicité neuro-musculaire. Signe de Chvosteck. Foie petit.

Radioscopie. — Après ingestion de liquide opaque dont une partie est rejetée, on peut noter une dilatation notable de l'estomac.

La grande courbure descend sous l'ombilic.

L'évacuation n'est pas commencée après 20 minutes ; elle s'effectue lentement, partiellement, par saccades. Elle n'est terminée qu'après trois heures et demie.

Thérapeutique. — Traitement *uvéthérapique*, tous les deux jours. L'enfant est laissé pendant 12 heures à la diète hydrique. Eau bouillie sucrée par cuillerées à café (3 à 4 c. à café toutes les demi-heures), deux lavements chauds par jour à 40°, de 125 à 150 gr. Puis le lait de vache est continué, mais écrémé, bien froid, et par petites quantités toutes les demi-heures. Les intervalles entre les prises de lait sont ensuite augmentés ainsi que les doses de lait. Après le sixième jour de traitement, amélioration nette. Les repas sont de plus en plus espacés. Après le dixième jour, l'enfant prend six repas par 24 heures de 120 à 150 grammes de lait écrémé toutes les trois heures.

Dyspeptine Hepp. — Les vomissements diminuent considérablement, sont moins abondants. L'enfant est moins nerveux, d'après les parents ; la constipation est moins opiniâtre. Il se raidit moins, lors de son exposition sous la lampe de quartz. Dix séances de R. U. V. sont faites. La série terminée, l'enfant ne présente plus qu'un vomissement très peu abondant un jour sur deux.

La constipation a entièrement cédé.

L'enfant ne pousse plus de cris, il est gai. Ses chairs sont redevenues fermes. Son poids est de 5 kilos 700.

Revu en juillet 1929. A 13 mois il pèse 9 kilos, ne présente plus de vomissements. Il tolère bien par jour trois biberons de lait pur de vache et deux bouillies.

Deuxième observation

D... Henri, 6 mois.

Père ayant présenté des coliques hépatiques et suspect de syphilis. Mère nerveuse. Une perte à six mois. Un frère de trois ans bien portant.

Venu légèrement avant terme. A la naissance, son poids est de 3 kilos 500. *Coryza* peu de jours après la naissance. Nourri dès les premiers jours au lait de vache pendant un mois. Vomissements habituels. Lait Seklé pendant deux mois : les vomissements persistent ; potion au citrate ; frictions mercurielles. La constipation apparaît. Cris incessants. Puis il est mis au lait Nestlé.

Examiné le 14 janvier 1929. — Enfant hypotrophique aux chairs flasques, crie constamment, se raidit, fait le pont. Les vomissements apparaissent une demi-heure après chaque repas.

Poids : 4 kilos 700. Plis de la peau.

Veines épicraniennes saillantes. Coryza légèrement purulent ; foie normal, rate peu percutable ; signe de Chvosteck.

Radioscopie. — Après ingestion de liquide opaque, l'enfant vomit au moment de l'examen. Il se produit une contraction totale de l'estomac qui se vide par reflux non seulement par le cardia mais aussi très légèrement par le pylore. En dehors du vomissement, nous constatons du gastro-spasme total avec pyloro-spasme. Le péristaltisme est modéré, l'évacuation terminée après trois heures.

Traitement. — Continuation du lait Nestlé par petites quantités répétées fréquemment, augmentées progressivement pour atteindre définitivement la normale avec intervalles de trois heures entre chaque repas. Huit gouttes de solution de lactate d'hydrargyre au millième deux fois par jour. Cinq milligrammes de calomel tous les trois soirs.

Revu dix jours plus tard. L'état reste stationnaire, les vomissements persistent.

L'uvéthérapie tous les deux à trois jours est ajoutée au traitement.

Après six semaines, l'amélioration se dessine et les vomissements disparaissent presque complètement après la quinzième séance, de même que le signe de Chvosteck. Poids: 5 kilos 900. L'enfant va bien maintenant, mais il est encore soumis à une médication spécifique. Il pèse actuellement, à neuf mois et demi, 7 kilos 500.

Troisième observation

P... Gaston, 4 mois.

Antécédents héréditaires. — Le père a été gazé, la mère est atteinte de dyspepsie neuro-motrice.

Antécédents collatéraux. — Un frère de 3 ans bien portant et une sœur de 5 ans qui aurait présenté des vomissements fréquents pendant la première année.

Antécédents personnels. — L'enfant est venu à terme. Il pesait 3 kilos 150. Nourri quelques jours au sein, il fut

mis au lait Nestlé pour hypogalactie (il est à noter que les autres enfants avaient été nourris au sein). Malgré des repas réguliers à doses normales, dès les premiers jours, l'enfant fut pris de vomissements aussitôt après la tétée ou même une heure après la tétée.

La constipation est opiniâtre. Les selles sont dures et peu abondantes.

Examiné le 9 juin 1929. L'enfant vomit depuis sa naissance. Mis depuis trois semaines au lait de vache, les vomissements ont d'abord diminué pendant huit jours, puis sont redevenus aussi fréquents. Actuellement, l'enfant vomit environ une heure après chaque repas, un liquide renfermant du mucus et du lait caillé, parfois un liquide jaunâtre. La constipation est opiniâtre. L'état général est sérieusement atteint. Poids : 3 kilos 800.

A l'examen l'enfant est pâle, hypothrepsique, agité, criant sans cesse. Les chairs sont flasques. Signe du pli. Le foie est petit. A la palpation du ventre, il semble que les côlons soient spasmés. Les réflexes sont très vifs. Pas de signe de Chvosteck. Pas de signe d'hérédo-syphilis.

Radioscopie. — Après ingestion de liquide opaque, l'enfant vomit ; on aperçoit une contraction totale de l'estomac avec léger reflux du pylore en dehors du vomissement.

Pylorospasme. Evacuation après plus de trois heures.

Traitement. — Lait de vache avec, dans chaque biberon, une cuillerée à café de crème d'orge diastasée (orgéose Jammet). Sirop de papaïne après le repas.

Série de douze séances de rayons U. V. (deux séances par semaine). Après la quatrième séance, on observe un léger érythème à partir duquel on note une amélioration sensible se traduisant surtout par une diminution notable des vomissements.

Réexaminé le 30 *juillet.* L'enfant est complètement transformé. Il ne vomit presque plus et a augmenté de 1 kilo 200 (poids : 5 kilos).

Revu en octobre 1929. L'amélioration n'a fait que s'accentuer et l'enfant peut être considéré comme complètement guéri.

QUATRIÈME OBSERVATION

V... Léon, 6 mois.

Vu, pour la première fois, en septembre 1929.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Cependant le père peut être considéré comme alcoolique. La mère a fait une perte. Pas de frère ni de sœur.

Antécédents personnels. — L'enfant est venu légèrement avant terme. Il pesait 3 kilos. A fait, à trois semaines, un coryza qui aurait été purulent pendant quinze jours.

A été nourri au sein pendant deux mois. Puis des vomissements constants apparurent et bien que l'enfant pesât à deux mois 4 kilos 200, le sein fut supprimé et remplacé par le lait Nestlé. Les vomissements diminuèrent pendant quinze jours, puis reprirent, accompagnés de constipation opiniâtre et de selles fétides. Avec le lait sec Dryko, qui remplaça le

lait Nestlé, les vomissements persistèrent. On mit le petit malade au babeurre.

Au moment de l'examen, il pèse 4 kilos 900. Il vomit après chaque repas, aussitôt après et même deux heures après la tétée un liquide aqueux contenant du mucus et du lait caillé. Les selles sont dures et fétides.

A l'examen on se trouve en présence d'un enfant à l'aspect simiesque, déjà hypothrepsique. Il se raidit et pousse des cris constants.

Chairs molles. Signe du pli. Anémie.

Foie normal. Contracture des muscles abdominaux, rendant impossible la palpation.

Les réflexes sont exagérés. Signe de Chvosteck.

Traitement. — On continue le babeurre mélangé à de d'eau de chaux. Solution de lactate d'hydrargyre au 1/1.000^{e}, huit gouttes deux fois par jour. Cinq milligrammes de calomel tous les trois soirs.

Revu trois semaines plus tard. L'état est très peu amélioré, l'enfant vomit toujours. On ajoute au traitement *les rayons ultra-violets* (quatorze séances tout en continuant le lactate et le calomel). Dès la sixième séance de rayons, une amélioration se produisit et deux mois plus tard la guérison était complète.

Revu à onze mois. Poids : 8 kilos 700. L'enfant ne vomit plus jamais.

Dans les quatre observations qui précèdent, se rapportant toutes à des cas de vomissements habituels indiscutables, la thérapeutique par les rayons ultra-violets a donné des résultats remarquables.

Nous rapportons ci-dessous deux observations où cette thérapeutique ne put être appliquée et fut suppléée par des médications irradiées. Dans les deux cas, les résultats furent très bons sans être toutefois aussi rapides et aussi nets que par l'uvéthérapie.

Cinquième observation

B... Michel 4 mois.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Les parents sont bien portants. Une sœur de 4 ans et demi, bien portante.

Antécédents personnels. — L'enfant est venu à terme et pesait 3 kilos 250. Nourri au sein pendant un mois, il présenta des vomissements. Mis au lait de vache, a eu des selles fétides accompagnant les vomissements.

Le lait de vache fut remplacé par du lait Nestlé pendant deux mois et au moment de l'examen l'enfant est au babeurre depuis quinze jours. L'enfant vomit constamment. Il a des selles fétides et glaireuses contenant parfois des peaux et des membranes. Poids : 3 kilos 740.

Il crie constamment et se raidit. Enchifrènement du nez.

A l'examen, chairs molles et flasques, signe du pli, ventre en bateau, contractures des muscles abdominaux, réflexes exagérés, pas de signe de Chvosteck.

Traitement. — On continue le babeurre. Sirop de Papaïne. Irrastérine Byla. 5 mmgr. de calomel tous les trois soirs.

Revu le 28 mars 1930. L'état général est considérablement amélioré. L'enfant ne vomit presque plus. Le soir, il a une selle un peu fétide et encore glaireuse. Il sue beaucoup. Il a grossi de 900 grammes. On continue la même alimentation. Sirop de papaïne. On alterne de quinze en quinze jours l'irrastérine et le chlorocalcion. On continue le calomel.

Sixième obervation

P... Micheline, 4 mois.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Parents bien portants, un frère de 3 ans et demi bien portant.

Antécédents personnels. — L'enfant est venue à terme et pesait 2 kilos 430. Elle fut nourrie au sein.

Examinée le 20 janvier 1930. Elle pèse 3 kilos 500. Elle est amenée pour vomissements habituels. Les vomissements sont apparus dès le deuxième jour aussitôt après la tétée, parfois deux heures après.

Depuis, l'enfant vomit toujours un liquide contenant du lait caillé et des glaires. Elle n'est pas constipée et a deux selles par jour contenant des grumeaux de lait.

Elle prend actuellement sept repas par jour dont deux tétées et cinq biberons de lait Gallia.

L'enfant se raidit souvent, se tord et a des cris de colère.

A l'examen on se trouve en présence d'un bébé pâle. Signe du pli. Réflexes exagérés. Signe de Chvosteck.

Traitement. — Six repas par jour dont quatre biberons et deux tétées.

Dyspeptine Hepp. Calomel Vicario, 5 mmgr. tous les trois soirs. Chlorocalcion.

Revue le 10 février. Pèse à ce moment 3 kilos 900. Présente toujours des signes de spasmophilie et des vomissements. Même traitement. Suppositoires de Gamboul. On remplace le lait Gallia par le lait Glaxo, demi-maigre. On ajoute de l'Irrastérine Byla.

Revue le 8 mars. Pèse 4 kilos 430. L'enfant n'a pas encore de dents, mais les vomissements ont presque disparu. Deux à trois selles par jour.

L'enfant présente de la pyodermite. Même traitement, plus Bouillons vaccins Grémy.

Revue le 22 mars. Pèse 4 kilos 830.

Toujours pas de dents. Les vomissements ont complètement disparu.

La pyodermite s'est guérie rapidement. Il n'y a pas de constipation. Selles jaunes non fétides.

On continue le lait Glaxo. Trois biberons et une bouillie de farine Jammet. Calomel, chlorocalcion. Dyspeptine, un repas sur deux. Alterner le chlorocalcion et l'irrastérine.

Les rapports de la Maladie de Marfan avec la Spasmophilie

Des observations que nous rapportons, il semble que l'on puisse tirer des conclusions étiologiques assez intéressantes.

Nous pensons, avec d'autres auteurs, que la maladie de Marfan reconnaît souvent comme origine la spasmophilie.

Nos six observations se rapportent toutes à des enfants atteints de vomissements habituels et qui étaient tous des spasmophiles. Dans quatre observations, les signes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, tels que le signe de Chvosteck, existaient et permettaient d'affirmer la spasmophilie.

Dans deux autres (observations 3 et 5) ils n'existaient pas. La spasmophilie ne pouvait être que soupçonnée par les signes généraux présentés par les malades et l'élimination des autres causes de vomissements. Il s'agissait nettement de maladie des vomissements habituels, à l'origine desquels il n'était pas possible d'incriminer l'hérédo-syphilis. Les résultats obtenus par la thérapeutique antispasmophile ont permis de fixer rétrospectivement le diagnostic étiologique. Aussi ne saurions-nous trop engager les cliniciens à instituer

le traitement dans les cas douteux. Les succès obtenus peuvent être considérés, pour le diagnostic, comme un critérium thérapeutique.

Dans les quatre premières observations, l'application des rayons ultra-violets a amené rapidement l'amélioration puis la cessation complète des vomissements. Dans les observations 5 et 6, l'uvéthérapie ne put être appliquée. On y suppléa par les médications irradiées et si les résultats furent moins rapides, on obtint malgré tout des succès très nets.

L'anaphylaxie ne pouvait être mise en cause.

Pouvait-on incriminer l'hérédo-syphilis ? Dans les observations 1, 3, 5, 6, il n'y avait aucun signe de spécificité. Dans l'observation 4, elle est très douteuse et les signes de spasmophilie dominent le tableau clinique. Dans l'observation 2, l'enfant était vraisemblablement un hérédo-syphilitique. Mais il était également un spasmophile et les accidents ne cessèrent que lorsqu'on adjoignit au traitement spécifique l'uvéthérapie.

Il semble donc que, dans nos six observations, la spasmophilie était bien la cause des vomissements habituels.

D'après l'expérience des cas rapportés, cette cause nous paraît assez fréquente, mais nos observations ne sont cependant pas assez nombreuses pour nous permettre de l'affirmer et d'établir, au point de vue de la fréquence, une comparaison avec l'hérédo-syphilis.

En tout cas, Lemaire et Olivier, Arguelles-Téran, Lesné, Turpin et Guillaumin, Pierre Bezy, estiment que la spasmophilie doit souvent être retenue comme cause de la maladie de Marfan.

Dans les cas où l'hérédo-syphilis a été décélée, le traitement spécifique conserve évidemment ses droits.

Mouriquand et Bertoye, de Lyon, ont rapporté un certain nombre d'observations d'enfants hérédo-syphilitiques et spasmophiles à la fois. Le traitement spécifique employé seul a échoué. L'adjonction des rayons ultra-violets a donné à ces auteurs des résultats remarquables.

Peut-être la spasmophilie et l'hérédo-syphilis ne sont-elles pas aussi étrangères l'une à l'autre qu'on pourrait le penser. Il est un fait indéniable : la spasmophilie est assez fréquente chez les hérédo-syphilitiques. Sans qu'on puisse l'affirmer, il semble qu'il y ait une relation entre les deux affections bien que le traitement spécifique seul soit insuffisant. Les deux médications, spécifique et antispasmophile, doivent être instituées. Cette façon de faire a été appliquée pour les deux petits malades des observations 2 et 4, suspects d'hérédo-syphilis, et l'on a vraiment, dans ces deux cas, un exemple frappant de l'efficacité de l'uvéthérapie associée à la médication spécifique.

En résumé, la maladie des vomissements habituels nous paraît liée fréquemment à la spasmophilie.

On peut attendre de l'uvéthérapie ou des médications irradiées, qui sont les médications antispasmophiles de choix, des résultats intéressants non seulement quand la spasmophilie est manifeste, mais même quand elle est fruste et ne peut qu'être soupçonnée.

Il peut ne pas y avoir de signe de Chvosteck, mais le traitement institué, qu'un dosage de la calcémie ait été

effectué ou non, amènera la guérison et viendra de lui-même signer la nature spasmophile de l'affection.

C'est ainsi qu'on pourra considérer comme spasmophiles de nombreux nourrissons vomisseurs, insomniques, présentant de l'hypertonicité musculaire, chez lesquels l'examen clinique n'arrive à déceler aucun signe d'hyperexcitabilité neuro-musculaire.

TRAITEMENT

de la maladie des vomissements habituels

Rayons ultra-violets

Médications irradiées

Thérapeutique adjuvante

Il est bien entendu que la partie importante du traitement de la maladie des vomissements habituels, que l'origine spasmophilique soit affirmée ou simplement soupçonnée, comporte la médication antispasmophile.

Le chlorure de calcium, d'une façon générale, nous l'avons vu, ne donnera que des effets momentanés, souvent transitoires.

La médication de choix est bien l'*uvéthérapie*.

Celle-ci a bien une action nerveuse qui se manifeste par un abaissement du tonus du parasympathique, et une action cellulaire : vaso-dilatation et régénération cellulaire intense.

Mais c'est surtout en augmentant le taux du calcium dans le sang qu'elle paraît agir. Il ne faut, malgré tout,

pas mésestimer l'action sur la nutrition et sur l'état général, si compromis chez les enfants qui nous intéressent, parfois très amaigris, déshydratés, hypothrepsiques. Avant d'indiquer la technique de l'uvéthérapie, il nous faut signaler les *contre-indications* au traitement.

Ne seront pas exposés aux rayons ultra-violets les malades présentant de la température ou ceux dont l'état général est par trop déficient.

Mouriquand et Bertoye craignent de voir s'amorcer, en cas de débilité générale trop prononcée, un syndrome hypothrepsique, surtout si les séances sont longues. Les observations 1, 2, 3 et 4 que nous rapportons, infirment ces impressions. Ne s'agissait-il pas d'enfants hypothrepsiques, chez lesquels la durée d'irradiation fut cependant assez longue ?

On emploie habituellement la lampe de quartz à vapeur de mercure.

Woringer, Lesné, Turpin exposent les malades aux irradiations d'une lampe de 3.000 bougies. L'enfant, les yeux recouverts d'un bandeau de toile pour éviter les conjonctivites, est étendu, entièrement nu, alternativement sur le dos et sur le ventre, à 80 centimètres de la lampe.

Les séances ont lieu trois fois par semaine, tous les jours dans les cas graves. Elles durent de deux à quinze minutes. La distance de la lampe est diminuée progressivement jusqu'à 60 centimètres.

Dans nos observations, la durée des irradiations alla jusqu'à atteindre progressivement quinze minutes sur chaque face, à 60 centimètres de la lampe. Elles furent cependant

bien supportées. Nous nous demandons même si les résultats auraient été aussi démonstratifs en cas d'irradiations plus courtes.

Il est juste d'ajouter que le nombre des séances par semaine fut en moyenne de deux et n'excéda pas trois.

On fait, en général, plusieurs séries de séances séparées par des intervalles de repos de trois semaines, un mois.

Une série de seize séances suffit bien souvent.

Lestoquoy et Dorlencourt emploient une lampe de 1.250 bougies.

Benoît recommande d'envoyer les rayons d'abord obliquement pour établir l'accoutumance.

L'érythème actinique est une notion très importante quand il s'agit de traiter, pour toute autre affection, un enfant. Il indique la durée d'irradiation efficace qu'il serait imprudent de dépasser. Mais il faut savoir qu'on n'obtient pas facilement cet érythème chez le nourrisson.

Ce dernier, à part quelques exceptions (observation 3) ne se pigmente pas. Ceci ne prouve pas, comme chez l'enfant, l'inefficacité relative de la médication. Aussi est-il bon de connaître ces faits.

L'on constate parfois, le Docteur Porez nous l'a affirmé, une légère recrudescence des vomissements dans les toutes premières séances. Très généralement l'enfant devient agité, plus nerveux, dort moins bien. Ce fait est d'ailleurs constant au début du traitement, qu'il s'agisse d'enfants ou de nourrissons. Il ne faut pas s'en effrayer. Il semble qu'il y ait là quelque chose de comparable à la réaction d'Herxheimer. Cette agitation, cette insomnie complète ou incomplète, ne tardent pas à disparaître.

Si la nutrition était défavorablement influencée, qu'il y ait amaigrissement, les séances pourraient être écourtées, la distance de la lampe à l'enfant augmentée.

Bien que le fait n'ait pas été constaté dans nos observations, il peut exister une certaine sensibilité vis-à-vis des rayons ultra-violets. Ceci ne nous semble pas niable, mais il n'y a pas lieu d'être hypnotisé par cette crainte pour réduire par trop la durée des séances, ce qui rendrait inopérante la médication.

Les *résultats* de cette thérapeutique, employée à bon escient et maniée avec doigté, sont remarquables. Nos quatre premières observations comportent autant de succès. Il s'agit cependant de cas où la situation est peu encourageante, où, à la maladie des vomissements s'ajoute l'hypothrepsie.

Aussi doit-on quand même faire état de l'action sur la nutrition des ultra-violets, s'ajoutant à l'action antispasmophile.

Il est des cas où la thérapeutique par les ultra-violets est inapplicable, pour des raisons d'ordre pécuniaire par exemple ou pour raison d'éloignement.

Il faut alors s'adresser aux *médications irradiées*. Entrées depuis peu dans la pratique médicale, elles furent mises en vedette par les Américains. Expérimentées par Rohmer, Woringer, Wonderweit, Marfan et M^me^ Odier-Dolfus, Mouriquand, Bernheim et Puig, elles ont donné à ces différents auteurs des succès remarquables.

Leur action principale serait d'élever le taux de la calcémie. C'est précisément ce qu'on recherche dans le traitement de la spasmophilie.

Nos observations 5 et 6, où la médication irradiée fut appliquée à des cas de vomissements habituels, confirment l'action très efficace de cette thérapeutique.

On peut s'adresser aux solutions huileuses d'ergostérine irradiée — il en existe de nombreuses dans le commerce — ou à de simples médications reminéralisantes soumises aux R. U. V.

Quoi qu'il en soit, nous pensons que les rayons ultra-violets ne doivent être remplacés par les médications irradiées que lorsque l'uvéthérapie est absolument inapplicable.

Le *chlorure de calcium*, certes moins actif que les médications précédentes, peut rendre aussi de grands services. Il peut d'ailleurs être associé à ces médications.

Thérapeutique adjuvante

Du fait qu'un enfant vomisseur habituel est soumis à la médication de choix, en l'occurrence les rayons ultra-violets, allons-nous négliger la diététique et le traitement d'une insuffisance organique constatée, qu'elle soit hépatique, gastrique, intestinale, glandulaire ? Certes non. Il nous faudra, dans tous les cas, procéder à un examen viscéral minutieux, de façon à déceler ces insuffisances et à les traiter.

Le calomel, l'extrait pancréatique, les eupeptiques, certains laxatifs, pourront être conseillés, une bonne hygiène préconisée. Il faudra veiller à la régularisation des repas. Il est évident que si l'enfant n'est pas au sein, la qualité du lait à administrer a une grosse importance. Parfois l'on se

trouvera bien de donner des biberons contenant un peu de farine. De véritables bouillies, même, pourront être plus facilement tolérées.

Il ne faut pas croire que l'on a, avec la médication antispasmophile, une arme suffisante pour obtenir des résultats sûrs. Certes, elle est capitale, mais a besoin d'être étayée par ces médications adjuvantes dont l'emploi n'est possible qu'après une investigation consciencieuse des organes, nous ne saurions trop le répéter.

Ces détails sont loin d'être négligeables et c'est ce qui rend, malgré tout, le traitement de la maladie des vomissements habituels extrêmement délicat.

CONCLUSIONS

1° La syphilis héréditaire n'est pas la cause unique de la maladie des vomissements habituels, telle que l'a décrite le Professeur Marfan. L'anaphylaxie ne semble y jouer aucun rôle ou, pour le moins, son action extrêmement rare est loin d'être démontrée.

2° Une cause assez fréquente est la spasmophilie.

3° Beaucoup d'enfants vomisseurs sont des spasmophiles. Ou la spasmophilie est indiscutable et elle s'accompagne de signes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire (signe de Chvosteck, etc.), ou elle est latente, ne peut qu'être soupçonnée et les résultats heureux du traitement antispasmophile permettent de préciser la nature étiologique du vomissement.

La spasmophilie peut être associée dans certains cas à l'hérédo-syphilis, ce qui nécessite un traitement double antisyphilitique et antispasmophilique.

4° La médication de choix de la spasmophilie est l'uvéthérapie. L'expérience a, en effet, démontré que les rayons ultra-violets augmentent le taux du calcium sanguin diminué chez les spasmophiles. A la suite de son emploi, les vomis-

sements liés à la diathèse spasmophile s'atténuent en général à la quatrième ou cinquième séance et finissent par disparaître.

A cause de son action supplémentaire sur l'état général, l'uvéthérapie doit être préférée aux médications irradiées, cependant, elles aussi, actives et à préconiser en second lieu. La thérapeutique adjuvante telle que les traitements hygiénique et diététique, les médications des insuffisances viscérales (hépatique, gastrique, pancréatique) ne doit pas être négligée.

Vu :
Le Doyen,
Ch. DUBOIS.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la Thèse,
Jean MINET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
CHATELET.

BIBLIOGRAPHIE

ARGUELLES-TÉRAN. — Diathèse spasmophile. Sa coexistence fréquente avec le syndrome des vomissements habituels. (Congrès de Pédiâtrie de Saint-Sébastien, 1923, in *Le Nourrisson*, 1925).

BEZY (Pierre). — Un cas de vomissements habituels traité par les rayons ultra-violets. Guérison rapide. (In *Presse Médicale*, 1926).

COMBY. — Les vomissements. (In *Presse Médicale*, 1929).

DEBRÉ. — Sur la spasmophilie. (*Médecine Infantile*, 1925, tome XXXI, p. 366-371).

DEMAY. — Traitement des vomissements par intolérance. (Thèse, Lyon, 1929).

DONZEAU (M^lle^). — La maladie des vomissements habituels du nourrisson. Ses rapports avec l'hérédo-syphilis. (Thèse, Paris, 1922).

DORLENCOURT. — Deux cas de vomissements habituels guéris par le traitement hydrargyrique. (Société de Pédiâtrie, 1922. In *Gazette des Hôpitaux* et *Presse Médicale*, 1922).

DROUET. — Traitement de la spasmophilie par l'uvéthérapie. (In *Presse Médicale*, 1926).

DUBRANLE. — Etude sur les relations entre certaines formes de vomissements habituels et la tétanie. (Thèse, Paris, 1922).

FERRI. — Traitement des syndromes spasmophiles par les ultra-violets. (In *Presse Médicale*, 1925).

GENEVRIER. — Vomissements anaphylactiques chez un nourrisson traités par des injections de lait. (In *Presse Médicale*, 1920).

HAGA. — Traitement des vomissements habituels par injections de lait. (Thèse, Leyde, 1920).

HESS, de New-York. — Aliments irradiés et stérols. (Rapport communiqué à la première conférence internationale de la lumière. [Lausanne et Leysin, du 10 au 13 septembre 1928]. (In *Presse Médicale*, 5 décembre 1928).

V. LASSANCE. — Le traitement de la spasmophilie. (Concours médical, 15 janvier 1928).

LESNÉ, TURPIN et GUILLAUMIN. — Traitement de la spasmophilie par les ultra-violets. (*Presse Médicale*, 1925).

LESTOQUOY. — Contribution à l'étude du métabolisme du calcium dans la tétanie. (Thèse, Paris, 1924).

— Le traitement du rachitisme et de la tétanie par les rayons ultra-violets. (*Bulletin Médical de Paris*, 1925, tome XXXIX, p. 622-625).

LESNÉ et TURPIN. — La spasmophilie. (*Presse Médicale*, 1926).

LESNÉ et CLÉMENT. — A propos des médications irradiées. (C. Société de Pathologie in *Presse Médicale*, 1929).

MARFAN. — La maladie des vomissements habituels des nourrissons. (*Le Nourrisson*, 1919. « Maladies des voies digestives du nourrisson ». Masson et Cie, éditeurs).

— Rapport à l'Académie de Médecine, 1927. In *Gazette des Hôpitaux* et *Presse Médicale*, 1927.

MARFAN et LEMAIRE. — Fréquence de l'hérédo-syphilis dans les vomissements habituels. Société de Pédiâtrie. (In *Presse Médicale* et *Le Nourrisson*, 1922).

MARFAN et Mme ODIER-DOLLFUS. — Essais de traitement du rachitisme et de la tétanie par l'ergostérol irradié. (*Bulletin de la Société de Pédiâtrie de Paris*, n° 26, p. 131-136, mars 1928).

M'NEIL. — Signification du signe de Chvosteck. (In *Presse Médicale*, 1925).

MOURIQUAND et BERTOYE. — Traitement de la spasmophilie par les ultra-violets. (In *Presse Médicale*, 1925).

MOUZON. — Substances irradiées dans le traitement du rachitisme ; ergostérine.

MOURIQUAND, BERNHEIM et PUIG. — La fixation du calcium au moyen de l'ergostérine irradiée. (Société de Médecine des Hôpitaux de Lyon, 26 juin 1928).

POREZ. — A propos de la maladie des vomissements habituels du nourrisson. (*Echo Médical du Nord*, 1929).

POREZ. — A propos des médications irradiées. (C. réun. méd. chir. hôp. de Lille, 22 avril 1929).

ROHMER. — La spasmophilie. (Société de Pédiâtrie. In *Gazette des Hôpitaux*, 1923).

ROHMER, WORINGER et ANDERSEN. — Traitement du rachitisme et de la tétanie par l'ergostérine irradiée.

SACHS. — Traitement de la tétanie des nourrissons par les ultra-violets. (*Presse Médicale*, 1923).

SCHREIBER. — Action des rayons ultra-violets chez les enfants. (*Presse Médicale*, 1925).

VAGLIO. — Importance de l'hérédo-syphilis dans la maladie des vomissements habituels. (*La Pédiatria*, 1923 ; In *Le Nourrisson*, 1924).

WORINGER et ZEHNTER. — Le traitement de la spasmophilie du nourrisson. (*Le Nourrisson*, 1923).

WORINGER. — L'action des rayons ultra-violets sur la calcémie du nourrisson. (Société Biologique, 27 avril 1923, XVIII, 4).

WORINGER. — Hypocalcémie et spasmophilie. (*Archives médicales des Enfants*, décembre 1923).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

I. — INTRODUCTION 9

II. — La maladie des vomissements habituels..... 11

III. — Etiologie 19

IV. — La spasmophilie 25

V. — Observations 31

VI. — Les rapports de la maladie des vomissements habituels avec la spasmophilie 43

VII. — Traitement 47

VIII. — Conclusions 53

IX. — Bibliographie 55

Lille. — Imp. Société d'Édition du Nord. 25501

TABLE DES MATIÈRES